

**به نام خداوند جان و خرد**  
**مجله آموزشی پرستاری**  
**فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران**  
**دوره چهارم - شماره ۳ (پیاپی ۱۳) - پاییز ۱۳۹۴**

- **صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران
- **مدیر مسؤول:** دکتر فاطمه الحانی
- **سر دبیر:** دکتر فاطمه الحانی
- **معاون سر دبیر:** دکتر آذر طل
- **شماره پروانه انتشار:** ۹۴/۴۸۲۳ مورخ ۹۱/۲/۲۰
- **شماره بین المللی منبع:** ۳۸۱۲-۲۳۲۲
- **شماره بین المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN ۲۳۲۲-۴۴۲۸

• **شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):**

- دکتر محمد اسماعیل پور بندینی، استادیار دانشکده پرستاری و پیراپزشکی گیلان
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر منیر انوشه، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمدعلی چراغی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمدرضا حیدری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر ناهید دهقان نیری، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر آذر طل، دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد غیاثوندیان، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی فخرمودی، استادیار دانشکده پرستاری و پیراپزشکی سمنان
- دکتر مسعود فلاخی خشکنا، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر انوشیروان کاظم نژاد، استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر حسن ناوی پور، استادیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجتبی ویس مرادی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• **ویراستار انگلیسی:** علیرضا قریب

• **ویراستار فارسی:** دکتر فاطمه الحانی

• **حروفچینی و صفحه آرایی:** اکرم پورولی

• **طراح جلد:** اکرم پورولی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸، **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

**e-mail:** info@jne.ir , **Website:** http://jne.ir

# بررسی ارتباط بین سبک تصمیم گیری عمومی و صلاحیت بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۳

\*علیرضا عبدی<sup>۱</sup>، پروانه اسدی<sup>۲</sup>، تورج محمدیاری<sup>۳</sup>، جواد میری<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: A\_abdi61@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

نشریه آموزش پرستاری دوره ۴ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴ ۲۹-۱۹

## چکیده

**مقدمه:** تصمیم گیری یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است که بر کیفیت مراقبت از بیمار تأثیر مستقیم دارد. آگاهی از ارتباط بین سبک تصمیم گیری با صلاحیت بالینی پیش نیاز طراحی برنامه های آموزشی مناسب جهت ارتقاء سطح تخصص پرستاران است، با عنایت به کمبود اطلاعات در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین سبک تصمیم گیری عمومی با صلاحیت بالینی در پرستاران انجام گردید. **روش:** این مطالعه به صورت همبستگی در سال ۱۳۹۳ انجام شد نمونه ها شامل ۲۰۴ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی کرمانشاه بودند که به صورت تصادفی طبقه ای وارد مطالعه شدند، ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های صلاحیت بالینی بنر و سبک تصمیم گیری اسکات و بروس بودند. داده ها با مراجعه به محل کار نمونه ها و تکمیل پرسشنامه ها جمع آوری شدند، سپس با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت بالینی کل برابر با  $69/56 \pm 10/74$  بود، نمره سبک تصمیم گیری عقلایی  $(3/07 \pm 17/97)$  و سبک تصمیم گیری شهودی  $(3/43 \pm 17/95)$  از سایر سبک ها بیشتر بودند. آزمون همبستگی نشان داد که بین سبک تصمیم گیری عقلایی ( $r=0/209, p=0/003$ ) و شهودی ( $r=0/193, p=0/006$ ) با صلاحیت بالینی ارتباط معنادار مثبتی وجود دارد. **نتیجه گیری:** در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سبک های تصمیم گیری شهودی و عقلایی با صلاحیت بالینی در پرستاران یافت شد، لذا توصیه می شود برنامه های آموزشی مناسب برای تقویت این سبکهای تصمیم گیری در دانشجویان و کارکنان پرستاری جهت افزایش سطح صلاحیت بالینی آنها طراحی شود.

**کلید واژه ها:** تصمیم گیری، صلاحیت بالینی، پرستاران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۱۲

## مقدمه

انسانها معمولاً به صورت روزمره درگیر تصمیم‌گیری در خصوص مسائل ساده و پیچیده زندگی هستند، این تصمیم‌گیری می‌تواند به صورت حرفه‌ای یا غیر حرفه‌ای انجام شود (۱). بعضی پژوهشگران بر این باورند که "تصمیم‌گیری" یک روند فرآیندی را طی می‌کند (۲)؛ براین اساس تصمیم‌گیری یک فرایند چند مرحله‌ای است که از تعریف و جمع‌آوری داده‌ها شروع می‌شود و با اقدام بر روی آنها پایان می‌پذیرد (۳). پژوهشگران دیگر تصمیم‌گیری را یک تجربه شخصی می‌دانند که براساس علائق، ارزشها و ایدئولوژی افراد شکل می‌گیرد (۴)، هانوند (Hannond) و همکاران تصمیم‌گیری و قضاوت را طیفی بین تحلیلی و شهودی می‌دانند (۵) و اسکات و بروس (Scott & Bruce) (۱۹۹۵) پنج سبک تصمیم‌گیری عقلایی، شهودی، اجتنابی، آنی، و وابستگی را براساس ویژگیهای شخصیتی و درونی افراد مطرح کرده‌اند (۶)؛ در تصمیم‌گیری عقلایی فرد مشکل را می‌شناسد، از همه راه‌ها مطلع است و طی یک رویکرد فرآیندی که نیاز به زمان دارد، بهترین راه حل را انتخاب می‌کند (۷). تصمیم‌گیری براساس شهود به صورت ناخودآگاه، بلاواسطه و بدون طی مراحل فرایندی صورت می‌گیرد و نوعی تمایل درونی فرد برای انجام عمل خاصی بدون وجود شواهد کافی است (۸-۱۰)، در تصمیم‌گیری اجتنابی تصمیمات به تعویق می‌افتند و فرد تمایلی به انجام آن ندارد (۱۱)، تصمیم‌گیری آنی بدون پشتوانه فکری کامل و در کمترین زمان ممکن انجام می‌گیرد (۶)، و در نهایت در تصمیم‌گیری وابسته فرد به دیگران متکی است، استقلال فکری کمی داشته و نقش تقریباً منفعلی در تصمیم‌گیری دارد (۱۱).

سبک تصمیم‌گیری هر فردی به عنوان ویژگی نسبتاً منحصر به فرد او محسوب می‌شود که براساس عوامل روانی، شخصیتی و محیط تصمیم‌گیری شکل می‌گیرد (۱۲)، بروین دبروین (Bruine de Bruin) و همکاران بیان کردند که سبک تصمیم‌گیری غالب در افراد مختلف مرتبط با مهارت در تصمیم‌گیری، مشخصه‌های شخصی و تواناییهای شناختی او است (۱۳). نحوه تصمیم‌گیری همچنین تحت تأثیر نگرش، حرفه، وضعیت سلامتی، تجربیات، مشخصه تصمیم و زمینه‌های فرهنگی افراد قرار می‌گیرد (۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که عملکرد حرفه‌ای افراد تحت تأثیر سبک تصمیم‌گیری آنها است (۱۵) و سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری با استفاده از رویکردهای متنوع آموزشی و ایجاد زمینه‌های محیطی مناسب قابل تغییر هستند، بدین منظور می‌توان متناسب با نوع حرفه، گرایش به طرف سبک خاصی از تصمیم‌گیری را تقویت

کرد، زیرا تناسب سبک تصمیم‌گیری فرد با شغل یکی از عوامل اصلی پیشرفت حرفه‌ای است (۱۵-۱۷).

تصمیم‌گیری یکی از مفاهیم اساسی در پرستاری است که فرایند مراقبت از بیمار و روند بهبودی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸، ۱۹). لوری و سالانتر (Lauri, & Salanter'a) بیان کردند که بیشتر از ۶۰٪ پرستاران از روشهای تلفیقی برای تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند (۲۰)، رضانی بدر و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که پرستاران براساس سه رویکرد شهود، تشخیص موقعیت‌های مشابه و آزمون فرضیه تصمیم‌گیری می‌کنند (۸) و جوهانسون (Johansen) و همکاران (۲۰۱۵) لزوم توجه پرستاران به روشهای مختلف دانستن برای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه‌های متنوع پرستاری را مطرح کرده‌اند (۱۸). بنر (Benner) بیان می‌دارد نوع قضاوت و تصمیم‌گیری پرستاران تعیین‌کننده سطح صلاحیت بالینی آنهاست (۲۱). صلاحیت بالینی یکی از شاخصهای اصلی تعیین عملکرد در پرستاری است (۲۲)، و با عنایت به لزوم ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران و پیچیده شدن محیط‌های درمانی همگام با ظهور بیماریهای جدید، این مفهوم به یکی از موضوعات اساسی مراکز آموزشی پرستاری تبدیل شده است و پژوهشگران بر این باورند که برای حفظ استانداردهای مراقبتی پرستاری شناخت روشهای توسعه و ارتقاء صلاحیت بالینی الزامی است (۲۳). از دیدگاه بنر پرستاران از نظر صلاحیت بالینی به ۵ گروه مبتدی، مبتدی پیشرفته، باصلاحیت، ماهر و متخصص طبقه‌بندی می‌شوند؛ هر چه فرد سطح صلاحیت بالینی بیشتری داشته باشد جنبه شهودی قضاوت و تصمیم‌گیری او بیشتر است (۲۴)، اما مطالعات دیگر در این رابطه نتایج متناقضی بدست آورده‌اند؛ همپسال (Hempsall) در راستای نظریه بنر، بیان می‌دارد شهود سبک تصمیم‌گیری غالب در پرستاران متخصص است (۲۵)، اما در پژوهش انگلیش (English)، ارتباطی بین سبک تصمیم‌گیری و صلاحیت بالینی وجود ندارد (۲۶) و گابت و چاسی (Gobet & Chassy) بیان کردند که لازمه رسیدن به سطح بالای صلاحیت بالینی در پرستاران استفاده از سبکهای مختلف تصمیم‌گیری تحلیلی و شهودی در تلفیق با یکدیگر است (۲۷).

پژوهشگران جهت طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب برای افزایش مهارت در تصمیم‌گیری و صلاحیت بالینی در پرستاران، انجام مطالعات بیشتر را ضروری دانسته‌اند (۱۸، ۲۸)، با عنایت به اینکه پژوهشهای اندکی در رابطه با سبک تصمیم‌گیری در پرستاران و ارتباط آن با صلاحیت بالینی بویژه در ایران یافت می‌شود، که بعضاً همراه با نتایج متناقضی است، به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین سبک تصمیم‌گیری عمومی پرستاران با

صلاحیت بالینی آنها انجام شد.

## روش مطالعه

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است، جامعه پژوهش شامل تمام پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند، نمونه‌های پژوهش به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، به این منظور از ۵ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه مذکور نمونه‌ها با نسبت مساوی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها ۱۷۸ نفر با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪، فرمول برآورد حجم نمونه در مطالعات همبستگی (۲۹)، و میزان ضریب همبستگی ( $r=0/24$ ) در مطالعه بروکس و شپرد (Brooks & Shepherd)، که همبستگی بین سبک تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی را بررسی کرده‌اند (۳۰)، برآورد شد. در مطالعه چانگ (Chang) و همکاران همبستگی مثبت بین تفکر انتقادی و صلاحیت بالینی بیان شده است (۳۰). با توجه به احتمال ناقص بودن پرسشنامه‌ها و ریزش نمونه‌ها، ۲۱۵ نفر به عنوان نمونه مطالعه در نظر گرفته شدند که تعداد ۲۱۳ مورد از آنها پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه حداقل ۱ سال کار در بالین بیماران، فعالیت در یکی از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه مذکور و رضایت به تکمیل پرسشنامه بودند، مواردی که تمایلی به شرکت در پژوهش نداشتند از مطالعه خارج شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌های صلاحیت بالینی بنر و سبک تصمیم‌گیری عمومی اسکات و بروس بودند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ۶ گویه است که متغیرهای سن، جنس، مدرک تحصیلی، سابقه کار، و سمت فعلی فرد را در بر می‌گیرد، ابزار خودارزیابی صلاحیت بالینی بنر شامل ۷۳ گویه در ۷ حیطه طراحی شده است، طراحی و روانسنجی این ابزار توسط مرتوجا (Meretoja) و همکاران در سال ۲۰۰۴ انجام گرفته است و مراحل روانسنجی آن با مشارکت ۴۹۸ پرستار تأیید شده است (۳۱). روایی و پایایی آن در ایران در مطالعه بحرینی و همکاران (۱۳۸۹) انجام شد که در آن همسانی درونی طبقات بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ بود (۲۳)، این ابزار ۷۳ مهارت پرستاری را در ۷ حیطه بررسی می‌کند که شامل حیطه‌های، یاری‌رسانی و کمک به بیمار (هفت مهارت)، آموزش و هدایت (شانزده مهارت)، اقدامات تشخیصی (هفت مهارت)، تواناییهای مدیریتی (۸ مهارت)، اقدامات درمانی (۱۰ مهارت)، تضمین کیفیت (۶ مهارت)، و وظایف شغلی و سازمانی (۱۸

مهارت)، می‌باشند. برای هر مهارت امتیازی بین صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده که هر فرد براساس میزان مهارت خود، عدد مربوطه را می‌نویسد، برای هر حیطه میانگین مهارتها و برای کل پرسشنامه میانگین امتیاز کل مهارتها محاسبه می‌شود. در این مطالعه برای همسانی درونی پرسشنامه، آلفای کرونباخ برآورد شد که میزان آن برای حیطه‌های مختلف بین ۰/۹۴-۰/۸۷، و برای کل ابزار ۰/۹۷ بود. پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری عمومی اسکات و بروس در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است و مراحل روایی سازه و پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ برای عاملهای آن انجام گردید (۶). این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال است که ۵ سبک تصمیم‌گیری عقلایی، شهودی، اجتنابی، آنی، و وابستگی (هر کدام ۵ سؤال) را در بر می‌گیرد، هر سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای نوشته شده (هرگز=۱، بندرت=۲، گاهی=۳، بیشتر اوقات=۴، و همیشه=۵) و هر سبک امتیازی بین ۵ تا ۲۵ نمره دارد و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده غالب بودن سبک مورد نظر است. در ایران این پرسشنامه در مطالعات مختلف برای بررسی سبک تصمیم‌گیری عمومی استفاده شده است (۳۳؛ ۳۲). در این بررسی جهت همسانی درونی پرسشنامه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از اخذ مجوز از مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، به محل کار نمونه‌های پژوهش رفته و پس از توضیح اهداف پژوهش و اطمینان بخشی در خصوص گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌های مذکور در اختیار آنها قرار گرفت و توسط ایشان تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم افزار SPSS۱۶ شد و با استفاده از آزمونهای توصیفی (میانگین، فراوانی و درصد فراوانی) و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با توجه به نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف سطح معناداری ۰/۰۱ (با توجه به تعداد نمونه‌ها بیشتر از ۲۰۰)، از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین متغیرهای صلاحیت بالینی و عاملهای آن با سبکهای مختلف تصمیم‌گیری استفاده شد. آزمون رگرسیون خطی ساده برای بررسی پیشگویی تأثیر سبکهای مختلف تصمیم‌گیری در صلاحیت بالینی استفاده شد. متغیر وابسته در آزمون رگرسیون خطی صلاحیت بالینی بود که نرمال بودن آن در مرحله قبل تأیید شد. آزمون لوین نشان داد که تفاوتی بین واریانس متغیرها وجود ندارد ( $P=0/467$ ). برای بررسی عدم همبستگی بین باقیمانده‌ها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که برابر با ۱/۸۲ بود که نشان‌دهنده عدم همبستگی است. نرمال

گیری عقلایی ( $r=0/209$ ,  $p=0/003$ ) و شهودی ( $r=0/006$ ,  $p=0/193$ ) با صلاحیت بالینی همبستگی مثبت معنادار داشتند. سبک تصمیم گیری عقلایی با حیطه های مختلف صلاحیت بالینی مانند اقدامات تشخیصی، توانائیهای مدیریتی، اقدامات درمانی، تضمین کیفیت، و وظایف شغلی و سازمانی همبستگی مثبت داشت ( $P<0/05$ )، و ارتباط بین سبک تصمیم گیری شهودی با تمام حیطه های صلاحیت بالینی علاوه بر اقدامات درمانی معنادار بود ( $P<0/05$ ). سبک تصمیم گیری وابسته با حیطه های یاری رسانی و کمک به بیمار، و آموزش و هدایت ارتباط معناداری داشت ( $P<0/05$ ) اما ارتباطی بین این سبک با نمره کل صلاحیت بالینی وجود نداشت. سبک تصمیم گیری آنی با توانائیهای مدیریتی همبستگی معنادار منفی داشت ( $P=0/037$ ). و ارتباط بین سبک تصمیم گیری اجتنابی با حیطه های یاری رسانی و کمک به بیمار، و تضمین کیفیت معنادار بود ( $P<0/05$ ) اما در خصوص نمره کل صلاحیت بالینی ارتباطی یافت نشد (جدول ۲).

آزمون رگرسیون خطی نشان داد که مدل ۵ متغیره سبکهای تصمیم گیری ۸/۳٪ از کل واریانس صلاحیت بالینی پرستاران را تشکیل می دهد ( $F=4/68$ ,  $P<0/001$ )، که از این میزان ۳/۹٪ مربوط به سبک تصمیم گیری عقلایی و ۳/۲٪ مربوط به سبک تصمیم گیری شهودی است (جدول ۳). مدل رگرسیون خطی نشان داد که میزان صلاحیت بالینی با سه متغیر سبکهای تصمیم گیری شهودی ( $B=0/528$ )، تصمیم گیری آنی ( $B=-0/141$ ) و تصمیم گیری اجتنابی ( $B=0/471$ ) قابل پیش بینی است اما در این مدل ارتباطی بین صلاحیت بالینی با سبک های تصمیم گیری عقلایی و وابسته یافت نشد (جدول ۴).

بودن باقیمانده استاندارد شده برای متغیر صلاحیت بالینی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنو چک شد ( $P=0/200$ )، همچنین نمودار پلات نشاندهنده خطی بودن ارتباط بین متغیرهاست. سطح معناداری آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

از ۲۱۳ پرسشنامه ۹ مورد (۴/۲۳٪) اطلاعات ناقص داشت و تحلیل آماری بر روی ۲۰۴ مورد (۹۵/۷۷٪) انجام گرفت، ۱۴۳ نفر (۷۰/۱٪) از نمونه ها مونث بودند، میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار به ترتیب برابر با  $33/55 \pm 6/17$  و  $5/74 \pm 9/31$  سال بود و گروه سنی ۳۹-۳۰ سال بالاترین فراوانی را داشت. ۵۶/۴٪ متاهل، ۶۲/۳٪ استخدام پیمانی و ۸۸/۲٪ از آنها پرستار عادی بودند همچنین مدرک تحصیلی ۸۵/۸٪ از پرستاران کارشناس پرستاری بود (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت بالینی کل برابر با  $10/74 \pm 69/56$  بود، که این میزان در خصوص مولفه یاری رسانی و کمک به بیمار برابر با  $14/06 \pm 68/11$  آموزش و هدایت  $11/63 \pm 69/81$  اقدامات تشخیصی  $15/50 \pm 70/65$  توانائیهای مدیریتی  $12/63 \pm 71/04$  اقدامات درمانی  $12/47 \pm 70/56$  تضمین کیفیت  $14/59 \pm 68/33$  و وظایف شغلی و سازمانی  $11/81 \pm 70/85$  بود. نمره سبک تصمیم گیری عقلایی برابر با  $3/07 \pm 17/97$ ، سبک تصمیم گیری شهودی  $3/43 \pm 17/95$ ، تصمیم گیری وابسته  $2/68 \pm 16/35$ ، تصمیم گیری آنی  $3/46 \pm 15/15$  و تصمیم گیری اجتنابی  $3/63 \pm 14/93$  برآورد شد.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که نمره سبک تصمیم

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناسی نمونه های مطالعه

متغیرهای جمعیت شناسی	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)	۲۹-۲۰	۵۳
	۳۹-۳۰	۵۵/۴
	بالاتر از ۴۰	۱۸/۶
وضعیت تاهل	متاهل	۱۱۵
	مجرد	۸۹
وضعیت استخدام	طرح کار رسمی	۲۷
	رسمی-آزمایشی	۴۴
	پیمانی	۶
		۱۲۷
سمت فعلی	مدیر دفتر پرستاری	۳
	سوپروایزر	۸
	سرپرستار	۱۳
	پرستار بالین	۱۸۰
مدرک تحصیلی	کارشناس	۱۷۵
	کارشناس ارشد	۲۹

**جدول ۲: همبستگی بین عامل‌های صلاحیت بالینی با سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری**

سبک تصمیم‌گیری / صلاحیت بالینی	عقلایی	شهودی	وابسته	آنی	اجتنابی
یاری‌رسانی و کمک به بیمار	$r=0/126$ $p=0/073$	$r=0/227$ $p=0/001*$	$r=0/213$ $p=0/002*$	$r=0/101$ $p=0/149$	$r=0/183$ $p=0/009*$
آموزش و هدایت	$r=0/103$ $p=0/143$	$r=0/171$ $p=0/014*$	$r=0/141$ $p=0/044*$	$r=0/048$ $p=0/492$	$r=0/070$ $p=0/331$
اقدامات تشخیصی	$r=0/186$ $p=0/008*$	$r=0/162$ $p=0/020*$	$r=0/100$ $p=0/153$	$r=0/034$ $p=0/625$	$r=0/059$ $p=0/405$
توانایی‌های مدیریتی	$r=0/296$ $p<0/001*$	$r=0/181$ $p>0/010$	$r=0/093$ $p=0/186$	$r=0/146$ $p=0/037*$	$r=0/029$ $p=0/681$
اقدامات درمانی	$r=0/211$ $p=0/002*$	$r=0/127$ $p=0/071$	$r=0/080$ $p=0/258$	$r=0/069$ $p=0/327$	$r=0/032$ $p=0/639$
تضمین کیفیت	$r=0/183$ $p=0/009*$	$r=0/20$ $p=0/004*$	$r=0/105$ $p=0/136$	$r=0/036$ $p=0/609$	$r=0/176$ $p=0/012*$
وظایف شغلی و سازمانی	$r=0/211$ $p=0/002*$	$r=0/163$ $p=0/020*$	$r=0/070$ $p=0/320$	$r=0/093$ $p=0/185$	$r=0/036$ $p=0/606$
صلاحیت بالینی کل	$r=0/209$ $p=0/003*$	$r=0/193$ $p=0/006*$	$r=0/116$ $p=0/098$	$r=0/109$ $p=0/121$	$r=0/056$ $p=0/426$

\*معنی‌دار است.

**جدول ۳: بررسی ضریب تعیین تعدیل شده ( $R^2$ ) متغیرهای مربوط به سبک تصمیم‌گیری با عامل‌های صلاحیت بالینی**

سبک تصمیم‌گیری / صلاحیت بالینی	عقلایی	شهودی	وابسته	آنی	اجتنابی
یاری‌رسانی و کمک به بیمار	0/11	0/47	0/41	0/05	0/29
آموزش و هدایت	0/06	0/24	0/15	0/03	0/00
اقدامات تشخیصی	0/03	0/21	0/05	0/04	0/02
توانایی‌های مدیریتی	0/83	0/28	0/04	0/16	0/04
اقدامات درمانی	0/40	0/11	0/01	0/00	0/04
تضمین کیفیت	0/29	0/35	0/06	0/04	0/26
وظایف شغلی و سازمانی	0/40	0/22	0/00	0/04	0/04
صلاحیت بالینی کل	0/39	0/32	0/09	0/07	0/02

**جدول ۴: نتیجه آنالیز رگرسیون خطی متغیرهای سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری مربوط با صلاحیت بالینی**

متغیرها (سبک‌های تصمیم‌گیری)	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		P-value
	ضریب B	خطا	Beta	t	
عقلایی	0/462	0/277	0/132	1/66	0/097
شهودی	0/528	0/267	0/168	1/97	0/049*
وابسته	0/349	0/313	0/062	0/797	0/426
آنی	0/841	0/255	0/271	-3/298	0/001*
اجتنابی	0/471	0/238	0/159	1/98	0/049*



## بحث

در مطالعه حاضر سبک تصمیم گیری شهودی با نمره کل صلاحیت بالینی و تمام عاملهای آن علاوه بر اقدامات درمانی ارتباط معناداری داشت. و  $3/2\%$  واریانس متغیر صلاحیت بالینی به وسیله سبک تصمیم گیری شهودی تبیین شده است. در راستای این بررسی بنر بیان می دارد که پرستارانی که توانایی شهودی بیشتری دارند سطح صلاحیت بالینی آنها بالاتر است (۲۱، ۲۴)، و در مطالعه کینک (King) و همکاران و رضانی بدر و همکاران تصمیم گیری شهودی یکی از عناصر و خصوصیات پرستاران با صلاحیت در بخشهای مراقبت ویژه بوده است (۸، ۳۴) اما در مطالعه بجورک (Bjork) و همکاران تصمیم گیری شهودی در مهارتهایی مانند بررسی اولیه بیمار، اقدام و ارزشیابی مراقبتهای پرستاری تاثیر کمی داشته است (۳۵)، در بررسیهای دیگر نیز تصمیم گیری در پرستاری را صرفا به صورت فرآیندی و عقلایی بیان کرده اند که به دلیل روند نامشخص تصمیم گیری شهودی، توجهی کمتری به آن شده است (۳۶). براساس تئوری پیوستگی شناختی هاموند (Hammond) تصمیم گیری شهودی در شرایط ناپایدار و حاد همراه با کمبود زمان، موثر است که در آن ساختار دانش مشخص نیست و پرستار به صورت فعال به ارزشیابی بیمار در کمترین زمان ممکن می پردازد (۳۵). با توجه به اینکه گویه های مربوط به حیطه اقدامات درمانی بیشتر حول محور همکاری های بین حرفه ای و هماهنگی جهت مراقبت بهتر از بیمار می باشد و به صورت مستقیم پرستار درگیر مراقبت از بیمار و ارتباط با او نیست (۳۱)، لذا عدم همبستگی این حیطه با سبک تصمیم گیری شهودی قابل توجیه است. مقدم و همکاران بیان کردند که افرادی با سبک تصمیم گیری شهودی غالب، از احساسات و عواطف درونی خود برای اتخاذ تصمیم بهتر بهره می گیرند (۳۲)، همچنین در تصمیم گیری شهودی کنترل شناختی کم است و پردازش اطلاعات به سرعت انجام می گیرد؛ این اقدامات مربوط به سیستم ناخودآگاه فرد است و در عین اطمینان به تصمیم، روند دانستن و دریافت اطلاعات مشخص نیست (۳۷). در بررسی دیگری شهود به عنوان نوعی درک فوری و بلاواسطه از وضعیت بیماران بیان شده که باعث تسریع در تصمیم گیری و مراقبت بهتر از آنها می شود (۸). میلر (Miller) اظهار داشت که پرستارانی که براساس شهود تصمیم گیری می کنند به مرحله ای از صلاحیت بالینی رسیده اند که ارتباط روحی با محیط کار خود و بیماران خود برقرار می کنند، این افراد به مفاهیم انتزاعی و غیر عینی علاقه مندند و بسیار خطرپذیرند (۳۸). از دیدگاه افکن (Efken) تصمیم گیری

شهودی می تواند با شواهد بیشتر معتبر گردد و از طریق آموزش موثر این نوع از تصمیم گیری را در پرستاران تقویت نمود (۳۹) که در این رابطه بعضی پژوهشگران جهت افزایش توان شهودی پرستاران و دانشجویان پرستاری، رویکردهایی مانند تمرینات آرام سازی ذهن، نگارش خاطرات، ایجاد طوفان ذهنی گروهی، به اشتراک گذاری نمونه های شهودی، و همچنین استراتژیهای آموزشی مانند ایجاد جو کنجکاوی و سوال برانگیز با تمرکز بر تجربیات شهودی دانشجویان، پیشرفت خلاقیت با دید آینده نگری، توجه به اهدافی که بر شناخت فرایندها و الگوها تمرکز دارد، و تشویق به بررسی بیمار با استفاده از حسه های شهودی را توصیه نموده اند (۴۰). با عنایت به مفهوم شهود بعنوان یکی از راههای کسب دانش و آگاهی در پرستاری (۸، ۴۱)، همچنین براساس نتایج این مطالعه که با صلاحیت بالینی همبستگی مثبت دارد؛ به نظر می رسد پژوهشهای بیشتر در خصوص طراحی روشهای عملی برای تقویت استفاده از این سبک از تصمیم گیری در پرستاری ضروری است.

نتایج این بررسی نشان داد که سبک تصمیم گیری عقلایی با نمره کل صلاحیت بالینی و ۵ مورد از حیطه های آن شامل اقدامات تشخیصی، توانائیهای مدیریتی، اقدامات درمانی، تضمین کیفیت، و وظایف شغلی و سازمانی همبستگی مثبتی دارد، اما در خصوص حیطه های یاری رسانی و کمک به بیمار، و آموزش و هدایت ارتباطی وجود نداشت، همچنین  $3/9\%$  واریانس متغیر صلاحیت بالینی به وسیله سبک تصمیم گیری عقلایی تبیین شده است. ریو (Rew) تصمیم گیری عقلایی یا منطقی را یکی از الزامات پرستاری برای دستیابی به نتایج بهتر در مراقبتهای بالینی دانسته است (۴۲)، کینک و همکاران نیز لزوم توجه به سبک تصمیم گیری عقلایی برای افزایش صلاحیت بالینی در پرستاران را عنوان نموده اند (۳۴). اما این سبک در مطالعه بجورک و همکاران جهت پردازش سریع اطلاعات و برنامه ریزی برای عمل در پرستاری کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۳۵) و پژوهشگران دیگر نیز بیان می کنند که این نوع از تصمیم گیری در شرایطی که بی نظمی وجود دارد، در وضعیتهای خطر، پیچیده و نامعین همراه با کمبود اطلاعات، پاسخگوی نیازهای بالینی پرستاران نیست (۴۳). در مشاغلی مانند پرستاری عواطف افراد بر سیستم شناختی آنها برای اتخاذ تصمیم و قضاوت تاثیر می گذارد (۴۴)، لذا با توجه به اینکه عامل های یاری رسانی و کمک به بیمار، و آموزش و هدایت نیازمند نوعی ارتباط روحی و مشارکت با بیمار است (۲۳) میتواند توجیه کننده عدم ارتباط سبک عقلایی با این دو حیطه باشد، زیرا در سبک عقلایی به صورت فرآیندی و خطی به تحلیل مسائل

که می تواند به دلیل شباهت سبک تصمیم گیری آنی با شهودی در خصوص سرعت عمل بالا و تجربه محور بودن آن باشد (۵۰). اما براساس نتایج مطالعه حاضر سبکهای تصمیم گیری وابسته، آنی و اجتنابی در ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران ناکارآمد می باشند و به نظر می رسد با تقویت سبکهای دیگر (عقلایی و شهودی)، نقش این سبکها کاهش می یابد که نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

### نتیجه گیری

در مطالعه حاضر همبستگی مثبتی بین سبک تصمیم گیری شهودی با نمره کل صلاحیت بالینی و همه مولفه های آن بغیر از اقدامات درمانی وجود داشت و ۳/۲٪ واریانس صلاحیت بالینی توسط این نوع از سبک تصمیم گیری قابل تبیین بود، همچنین این سبک از تصمیم گیری یکی از متغیرهایی است که به وسیله آن می توان سطح صلاحیت بالینی پرستاران را پیش بینی کرد. براساس نتایج این پژوهش همبستگی سبک تصمیم گیری عقلایی با پنج مورد از مولفه ها و نمره کل صلاحیت بالینی معنادار بود و ۳/۹٪ واریانس صلاحیت بالینی با استفاده از این متغیر قابل تبیین بود. نتایج حاصل از این مطالعه می تواند به عنوان پایه ای برای طراحی برنامه های آموزشی مناسب جهت تقویت سبکهای تصمیم گیری شهودی و عقلایی در دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی محسوب شود. با توجه به اینکه مطالعات اندکی در رابطه با سبک تصمیم گیری پرستاران در ایران در دسترس است، لذا توصیه می شود پژوهشهای کمی و کیفی بیشتری در این رابطه انجام گردد.

در مطالعه حاضر اطلاعات بعضی از پرسشنامه ها به صورت ناقص تکمیل شده بودند. لذا از مطالعه خارج شدند، همچنین به علت کمبود منابع و زمان، نمونه گیری به صورت تصادفی طبقه ای انجام شده است لذا توصیه می شود پژوهشهای دیگر با رویکرد نمونه گیری تصادفی منظم انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره ۹۳۰۶۲ می باشد، بدینوسیله از مسئولین محترم مرکز تحقیقات و فناوری و بیمارستان های محل انجام مطالعه، همچنین پرستاران شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می آید.

پرداخته می شود و احساسات درونی افراد تاثیر کمی بر آن می گذارند (۴۳). تصمیم گیری عقلایی یا منطقی به صورت فرایندی انجام می شود و شامل سه مرحله تشخیص نیازهای افراد، جستجوی گزینه ها و انتخاب یکی از مناسبترین آنها می باشد، این مراحل زمان بر بوده و نیازمند کاوش و جستجو برای کسب اطلاعات بیشتر، گرفتن بهترین تصمیم و اقدام جهت اجرای آن می باشد (۳۶). این سبک از تصمیم گیری از پارادایم کلاسیک تصمیم گیری پیروی می کند که در دهه ۵۰ شکل گرفت و به سبک مدیران معروف است و در شرایطی کاربرد دارد که فرد اطلاعات و کنترل کافی بر موضوع مورد بحث دارد و در رابطه با گزینه های موجود داده های کاملی در دسترس باشد. در این سبک مانند شرایط آزمایشگاهی، پیش بینی پیامدها با قطعیت کامل انجام می شود (۱۹). دودینگ (Dowding) و همکاران طراحی برنامه آموزشی براساس رویکردهای مسئله محور، استفاده از شبیه سازها و دادن انعکاس مناسب برای تقویت تفکر انتقادی و سبک عقلایی تصمیم گیری در پرستاری را توصیه نموده اند (۴۵).

پژوهشگران بر این باورند که برای اتخاذ یک تصمیم جامع و مناسب در محیطهای بالینی توجه به هر دو نوع تصمیم گیری عقلایی و شهودی الزامی است، زیرا در بسیاری موارد این دو سبک با همدیگر همپوشانی داشته و مکمل یکدیگر می باشند (۳۴، ۴۶). تصمیم گیری عقلایی در مهارتهای مدیریتی پرستاری و شرایطی که نیاز به تصمیم گیری براساس شواهد موجود و کامل وجود دارد، مورد استفاده قرار می گیرد (۱۹)، اما در سبک شهودی وضعیتهای غیرقطعی و خطیر بیمار را پوشش می دهد، در این سبک همچنین عواطف و احساسات پرستاران که تحت تاثیر محیط کار و ارتباط با بیمار قرار می گیرد، فرایند شناختی تصمیم گیری را هدایت می کنند (۴۴). همس (Hams) بیان می دارد که تقویت دانش شهودی در کنار دانش تحلیلی، قابلیت درک و پیش بینی وضعیتهای خطیر بیمار را افزایش می دهد و کیفیت مراقبتهای ارائه شده به بیماران را بهبود می بخشد (۴۷)، اما با توجه به مطالعات موجود آموزش پرستاری کنونی بیشتر به رویکردهای تحلیلی که منجر به تصمیم گیری عقلایی می شود تاکید دارد (۴۸)، لذا با عنایت به اینکه هر دو نوع سبک تصمیم گیری شهودی و عقلایی نیازمند دانش زمینه ای بوده و مکمل یکدیگر در اتخاذ بهترین انتخاب می باشند (۴۴، ۴۹)، طراحی دستورالعملهای آموزشی برای ارتقاء هر دو نوع تصمیم گیری در کوریکولوم آموزشی پرستاری ضروری است.

در این مطالعه همبستگی معناداری بین سایر سبک های تصمیم گیری (وابسته، آنی و اجتنابی) با نمره کل صلاحیت بالینی وجود نداشت، همچنین کسانی که از این سبکها استفاده می کردند سطح صلاحیت بالینی پائینی داشتند. هر چند در بعضی مطالعات به غالب بودن سبک تصمیم گیری آنی در وظایف مدیریتی اشاره دارد



## References

- 1- Tat HH, Hooi PS, Rasli AM, Chin TA, Yusoff RM. The role of intuition in decision making: an empirical study on academic staff in a Malaysian public university. 2010.
- 2- Saaty TL. How to make a decision: the analytic hierarchy process. European journal of operational research 1990;48(1):9-26.
- 3- Krumboltz JD, Kinnier RT, Rude SS, Scherba DS, Hamel DA. Teaching a rational approach to career decision making: Who benefits most? Journal of Vocational Behavior 1986;29(1):1-6.
- 4- Jacoby JM. Relationship between principals decision making styles and technology acceptance & use. 2006.
- 5- Hannond KR, Hamm RM, Grassia J, Pearson T. Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgment. Systems, Man and Cybernetics, IEEE Transactions on 1987;17(5):753-70.
- 6- Scott SG, Bruce RA. Decision-making style: The development and assessment of a new measure. Educational and psychological measurement 1995;55(5):818-31.
- 7- Grunig R, Kuhn R. Rational Decision-Making. Successful Decision-Making. Springer; 2013. p. 23-31.
- 8- Ramezani-Badr F, Nasrabadi AN, Yekta ZP, Taleghani F. Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. J Nurs Scholarsh 2009;41(4):351-8.
- 9- Rew L. Acknowledging intuition in clinical decision making. J Holist Nurs 2000 Jun;18(2):94-13.
- 10- Matzler K, Bailom F, Mooradian TA. Intuitive decision making. MIT Sloan Management Review 2007;49(1):13.
- 11- Parker AM, Bruine de Bruin W, Fischhoff B. Maximizers versus satisficers: Decision-making styles, competence, and outcomes. Judgment and Decision Making 2007;2(6):342-50.
- 12- Harren VA. A model of career decision making for college students. Journal of Vocational Behavior 1979;14(2):119-33.
- 13- Bruine de Bruin W, Parker AM, Fischhoff B. Individual differences in adult decision-making competence. Journal of personality and social psychology 2007;92(5):938.
- 14- Leykin Y, DeRubeis RJ. Decision-making styles and depressive symptomatology: Development of the Decision Styles Questionnaire. Judgment and Decision Making 2010;5(7):506-15.
- 15- Galotti KM, Ciner E, Altenbaumer HE, Geerts HJ, Rupp A, Woulfe J. Decision-making styles in a real-life decision: Choosing a college major. Personality and Individual Differences 2006;41(4):629-39.
- 16- Baron J, Brown RV. Teaching decision making to adolescents. Routledge; 2012: 15-17.
- 17- Singh R, Greenhaus JH. The relation between career decision-making strategies and personG\_ôjob fit: A study of job changers. Journal of Vocational Behavior 2004;64(1):198-221.

- 18- Johansen ML, O'Brien JL. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis.: Wiley Online Library; 2015.
- 19- Shaban R. Theories of clinical judgment and decision-making: A review of the theoretical literature. *Australasian Journal of Paramedicine* 2012;3(1):8.
- 20- Lauri S, Salanter S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing* 2002;18(2):93-100.
- 21- Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of science, technology & society* 2004;24(3):188-99.
- 22- Cowin LS, HengstbergerSims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *Journal of advanced nursing* 2008;64(3):272-7.
- 23- Bahreini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh MH, Hayatdavoudy P, Mirzaei M. Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2011;16(3):227.
- 24- Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. Springer Publishing Company; 2009.
- 25- Hemsall KA. Intuition and the decision making process of expert critical care nurses. 1996.
- 26- English I. Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of advanced nursing* 1993;18(3):387-93.
- 27- Gobet F, Chassy P. Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *International journal of nursing studies* 2008;45(1):129-39.
- 28- Jenkins HM. Improving clinical decision making in nursing. *The Journal of nursing education* 1985;24(6):242-3.
- 29- Suresh KP, Chandrashekara S. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences* 2012;5(1):7.
- 30- Brooks KL, Shepherd JM. The relationship between clinical decision-making skills in nursing and general critical thinking abilities of senior nursing students in four types of nursing programs. *The Journal of nursing education* 1990;29(9):391-9.
- 31- Meretoja R, Isoaho H, LeinoG\_\_Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing* 2004;47(2):124-33.
- 32- Moghadam AH, Tehrani M, Amin F. Study of the relationship between emotional intelligence (EI) and management decision making styles. *World Applied Sciences Journal* 2011;12(7):1017-25.(Persian)
- 33- Hosseinzadeh D, Davoudi AHM, Jokar K. The Relationship between Manager, s Decision Making Styles and Teachers Empowerment in Saveh Primary School. *International Journal of Human Resource Studies* 2014;4(4):ages-116.

- 34- King L, Clark JM. Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2002 Feb;37(4):322-9.
- 35- Bjork IT, Hamilton GA. Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing research and practice* 2011;2011.
- 36- Wolfs CA, de Vugt ME, Verkaaik M, Haufe M, Verkade PJ, Verhey FR, et al. Rational decision-making about treatment and care in dementia: A contradiction in terms? *Patient education and counseling* 2012;87(1):43-8.
- 37- Dijkstra KA, van der Pligt J, van Kleef GA, Kerstholt JH. Deliberation versus intuition: Global versus local processing in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology* 2012;48(5):1156-61.
- 38- Miller VG. Characteristics of intuitive nurses. *Western Journal of Nursing Research* 1995;17(3):305-16.
- 39- Effken JA. Informational basis for expert intuition. *Journal of advanced nursing* 2001;34(2):246-55.
- 40- Smith A. Measuring the use of intuition by registered nurses in clinical practice. *Nursing Standard* 2007;21(47):35-41.
- 41- McGill CJB, King KP. *Developing and Sustaining Adult Learners*. IAP; 2013.
- 42- Rew L. Intuition in critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1990;9(1):30-7.
- 43- Shaban R. Theories of clinical judgment and decision-making: A review of the theoretical literature. *Australasian Journal of Paramedicine* 2012;3(1):8.
- 44- LeBlanc VR, McConnell MM, Monteiro SD. Predictable chaos: a review of the effects of emotions on attention, memory and decision making. *Advances in Health Sciences Education* 2014;20(1):265-82.
- 45- Dowding D, Gurbutt R, Murphy M, Lascelles M, Pearman A, Summers B. Conceptualising decision making in nursing education. *Journal of Research in Nursing* 2012;17(4):348-60.
- 46- Cert PE, Wilcockson J. Intuition and rational decision making in professional thinking: a false dichotomy? *Journal of advanced nursing* 1996;24(4):667-73.
- 47- Hams SP. A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing* 2000;16(5):310-8.
- 48- Rew L, Barrow Jr EM. State of the science: intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science* 2007;30(1):E15-E25.
- 49- Hams SP. A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing* 2000;16(5):310-8.
- 50- Haidari E, Marzoghi R. assessment and comparing the general decision-making style in university managers, a case study: Shiraz University. *QUARTERLY JOURNAL OF NEW APPROACH IN EDUCATIONAL ADMINISTRATION* 2012;3(4):67-84. (Persian).

## General decision-making style and clinical competence of nurses working in the educational hospitals affiliated to Kermanshah University of Medical Sciences in 2014

\*Abdi<sup>1</sup> A (Ph.D)-Assadi<sup>2</sup> P (MSc)- Mohammadyari<sup>3</sup> T (MSc)- Miri<sup>4</sup> J (MSc).

1- PhD student of nursing, nursing and midwifery school, Kermanshah university of medical sciences, Kermanshah, Iran (**Corresponding author**)

**Email:** A\_abdi61@yahoo.com

2- MSc of nursing, nursing and midwifery school, Kermanshah University of medical sciences, Kermanshah, Iran.

3-MSc student of Nursing, nursing and midwifery school, Kermanshah University of medical sciences, Kermanshah, Iran.

4- MSc of nursing, nursing and midwifery school, Kermanshah University of medical sciences, Kermanshah, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Decision-making is the main concept in nursing, having a direct effect on nursing care. Awareness of the relationship between decision-making style and nursing clinical competence is a prerequisite for establishing proper educative programs over developing the nurses' expertise. The current study was conducted to determine the correlation between general decision-making style and clinical competence of nurses.

**Method:** In this correctional research, 204 nurses working in the educational hospitals in Kermanshah enrolled in the study using a stratified random method in 2014. The tools included clinical competence of Benner and Scott and Bruce decision-making styles questioners. Data were collected from work location of the participants and completing the questioners. Then they were analyzed using SPSS version 16 and descriptive and inferential statistics.

**Results:** Mean and standard deviation of total clinical competence was  $69.56 \pm 10.74$ . The mean number of rational decision-making ( $17.97 \pm 3.07$ ) and intuitive decision-making ( $17.95 \pm 3.43$ ) styles was higher than other styles. There was a significant positive correlation between rational ( $r=0.209$   $P=0.003$ ) and intuitive ( $r=0.193$   $P=0.006$ ) decision-making styles with clinical competence.

**Conclusion:** There was a positive relationship between rational and intuitive decision-making styles with clinical competence. Consequently, an appropriate educational program should be designed to strengthen the clinical competency of nurses and nursing students.

**Keywords:** decision-making, clinical competence, nurses.

Received: 1 April 2015

Accepted: 23 September 2015